

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M.S DENGAN ASMA BRONCHIAL DI RUANG KENANGA R SUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



MATHELDA P. SESFAO
NIM: PO.530320116361

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mathelda P. Sesfao

NIM : PO. 530320116361

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 10 Juni 2019
Pembuat Pernyataan



Mathelda P. Sesfao
NIM : PO. 530320116361

Mengetahui
Pembimbing



O. Diana Suek, SKep, Ns., MKep, SpKepAn
NIP. 19781215 200012 2 002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Mathelda P. Sesfao,
NIM : PO.530320116361 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN
PADA An. M.S DENGAN ASMA BROCNHIAL DIRUANG
KENANGA RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG" telah di
periksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh :



MATHELDA P. SESFAO
NIM. PO. 530320116361

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi
D- III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 10 Juni 2019

Pembimbing



O. Diana Suek, SKep, Ns., MKep, SpKepAn
NIP. 19781215 200012 2 002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M.S DENGAN
ASMA BRONCHIAL DI RUANG KENANGA
RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”

Disusun Oleh :



Mathelda P. Sesfao
NIM. PO. 530320116361

Telah Diuji Pada Tanggal, 10 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Yulianti K. Banhae SKep. Ns., M.Kes
NIP. 197607312002122003

Penguji II




O. Diana Suek, SKep. Ns., MKep. SpKepAn
NIP. 197812152000122002

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 196911201993031001

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Tefi, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dan memberkati dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. M.S dengan Asma Bronchial di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang”.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. O. Diana Suek., S.Kep., M.Kep., Sp. An, selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu , pikiran dan kesabaran serta penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis selama proses ujian akhir program berlangsung.
2. Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep,Ns, M.Kes_selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan laporan KTI ini
3. Rosina Welu, S.Kep, Ns selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama ujian praktek berlangsung di Ruangan Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. R. H. Kristina, SKM,.M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
5. Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.

7. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menjadi pendidik yang memberikan materi dan bimbingan praktek serta ajaran moral dan etika selama dalam proses perkuliahan .
8. Suami, anak-anak, dan orang tua yang selalu mendukung dan mendoakan penulis selama menjalani proses pendidikan di Jurusan Keperawatan Kupang
9. Teman-teman seperjuangan angkatan 25 khususnya kelas karyawan Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang sudah menjadi wadah berbagi, mendukung, mendoakan dan sama-sama berproses serta berjuang hingga pada akhirnya penulis boleh menyelesaikan seluruh proses perkuliahan dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran di dunia pendidikan.

Kupang, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| Halaman Judul Dan Prasyarat Gelar | i |
| Pernyataan Keaslian Tulisan | ii |
| Lembar Persetujuan | iii |
| Lembar Pengesahan | iv |
| Biodata Penulis | v |
| Kata Pengantar | vi |
| Abstrak | viii |
| Daftar Isi | ix |
| Daftar Bagan | xi |
| Daftar Lampiran | xiv |
| Bab 1 Pendahuluan | |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Tujuan..... | 4 |
| 1.3 Manfaat..... | 4 |
| Bab 2 Tinjauan Pustaka | |
| 2.1 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik | |
| 2.1.1 Pengertian..... | 6 |
| 2.1.2 Patogenesis..... | 7 |
| 2.1.3 Gambaran klinis..... | 6 |
| 2.1.4 Diagnosis..... | 8 |
| 2.1.5 Pathway..... | 9 |
| 2.1.6 Penatalaksanaan..... | 10 |
| 2.1.7 Pengobatan..... | 11 |
| 2.1.8 Komplikasi..... | 17 |
| 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan | |
| 2.2.1 Pengkajian..... | 17 |
| 2.2.2 Diagnosa Keperawatan..... | 19 |
| 2.2.3 Intervensi Keperawatan..... | 20 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 2.2.4 Implementasi | 22 |
| 2.2.5 Evaluasi | 22 |
| Bab 3 Studi Kasus Dan Pembahasan | |
| 3.1 Hasil Studi Kasus | 23 |
| 3.2 Pembahasan | 30 |
| Bab 4 Kesimpulan Dan Saran | |
| 4.1 Kesimpulan | 36 |
| 4.2 Saran | 37 |
| Daftar Pustaka | 38 |
| Lampiran | |

Daftar Tabel

1. Tabel 1. Kasifikasi dengan asma
2. Tabel 2. Analisa Data

Daftar Lampiran

1. Pengkajian Kepeawatan pada anak M.S
2. Lembar Konsultasi
3. SAP

BIODATA PENULIS

Nama : Mathelda P. Sesfao
Tempat / Tanggal Lahir : Nuahala, 03 Juni 1981
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Oeknamofa, Sikumana
Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SD Inpres sona polen 1993
2. Tamat SMP Kristen Soe 1996
3. Tamat SPK Depkes Dili 1999
4. Sejak tahun 2016 Kuliah di program Studi D
III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang

Motto

“pendidikan merupakan perlengkapan yang paling baik untuk haru tau”

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Studi Kasus, Juni 2019**

Nama : Mathelda P. Sefao

Nim : PO. 530320116361

Asma adalah penyakit kronis bronchial atau saluran pernapasan pada paru-paru. Asma adalah penyakit gangguan pernapasan yang dapat menyerang anak-anak hingga orang dewasa, tetapi penyakit banyak terjadi pada anak. Data register rawat inap anak RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada Januari sampai Mei 2019 berjumlah 7 pasien yang dirawat. Asma didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika terjadi gangguan pada sistem pernapasan yang menyebabkan penderita mengalami mengi (*wheezing*), sesak napas, batuk, dan sesak di dada, terutama pada malam hari, atau dini hari sehingga dibutuhkan peran tenaga kesehatan dalam hal ini perawat agar dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat asma bronchial dengan melakukan asuhan keperawatan secara menyeluruh bagi penderita asma, dimulai dengan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan masalah asma bronchial yang terjadi di ruang kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah dengan melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik secara langsung. Hasil dari studi kasus ini adalah terdapat tiga masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas, kurang pengetahuan orang tua, dan cemas pada anak akibat hospitalisasi. Ada intervensi keperawatan terkait manajemen jalan napas yaitu batuk efektif yang dapat dilaksanakan, terjadi pada anak. Kesimpulan pasien dirawat selama tiga hari dan dua masalah dapat diselesaikan sedangkan masalah cemas tidak dapat diselesaikan.

Kata Kunci : Asma Bronchil, Asuhan Keperawatan Anak

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asma adalah penyakit kronis bronkial atau saluran pernapasan pada paru-paru. Sebagian besar kematian yang disebabkan karena asma terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah. Faktor risiko yang memicu terjadinya asma adalah zat yang dihirup dan partikel yang dapat memicu reaksi alergi atau iritasi pada saluran udara. Asma dapat dikontrol dengan obat dan menghindari pemicu asma, yang dapat mengurangi keparahan asma. Manajemen asma yang tepat dapat memungkinkan orang untuk menikmati kualitas hidup yang baik. Asma merupakan penyakit kronis saluran pernapasan yang ditandai oleh inflamasi, peningkatan reaktivitas terhadap berbagai stimulus, dan sumbatan saluran napas yang bisa kembali spontan atau dengan pengobatan yang sesuai. Meskipun pengobatan efektif telah dilakukan untuk menurunkan morbiditas karena asma, keefektifan hanya tercapai jika penggunaan obat telah sesuai (Muchid dkk, 2007).

Asma adalah penyakit gangguan pernapasan yang dapat menyerang anak-anak hingga orang dewasa, tetapi penyakit ini lebih banyak terjadi pada anak-anak. Menurut para ahli, prevalensi asma akan terus meningkat. Sekitar 100 - 150 juta penduduk dunia terserang asma dengan penambahan 180.000 setiap tahunnya.¹ Di Indonesia, prevalensi asma menurut data Survei Kesehatan Rumah Tangga 2004 sebesar 4%. Sedangkan berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi asma untuk seluruh kelompok usia sebesar 3,5% dengan prevalensi penderita asma pada anak usia 1 - 4 tahun sebesar 2,4% dan usia 5 - 14 tahun sebesar 2,0%. Hasil survei dengan menggunakan kuesioner ISAAC pada siswa usia 13 – 14 tahun di Indonesia menunjukkan bahwa di Jakarta Timur prevalensi asma pada tahun 2001 sebesar 8,9% dan meningkat menjadi 13,4% pada tahun 2008. Survei

yang sama dilakukan pada kelompok usia 13 - 14 tahun di Jakarta Barat, hasilnya adalah prevalensi asma sebesar 13,1%.

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2011, 235 juta orang di seluruh dunia menderita asma dengan angka kematian lebih dari 8% di negara-negara berkembang yang sebenarnya dapat dicegah. *National Center for Health Statistics* (NCHS) pada tahun 2011, mengatakan bahwa prevalensi asma menurut usia sebesar 9,5% pada anak dan 8,2% pada dewasa, sedangkan menurut jenis kelamin 7,2% laki-laki dan 9,7% perempuan. Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 mendapatkan hasil prevalensi nasional untuk penyakit asma pada semua umur adalah 4,5%, dengan prevalensi asma tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (7,8%), diikuti Nusa Tenggara Timur (7,3%), D.I. Yogyakarta (6,9%), Sulawesi Selatan (6,7%), untuk Jawa Tengah memiliki prevalensi asma sebesar 4,3 % (Riskesda, 2013). Asma merupakan diagnosis masuk yang paling sering dikeluarkan di rumah sakit anak dan mengakibatkan kehilangan 5-7 hari sekolah secara nasional/tahun/anak. Sebanyak 10-15% anak laki-laki dan 7-10% anak perempuan dapat menderita asma pada suatu waktu selama masa kanak-kanak (Waldo, 2012). Data register rawat inap anak RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada Januari sampai dengan Mei 2019 berjumlah 7 pasien yang dirawat (Register Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, 2018)

Asma didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika terjadi gangguan pada sistem pernapasan yang menyebabkan penderita mengalami mengi (*wheezing*), sesak napas, batuk, dan sesak di dada terutama ketika malam hari atau dini hari. Menurut Canadian Lung Association, 10 asma dapat muncul karena reaksi terhadap faktor pencetus yang mengakibatkan penyempitan dan penyebab yang mengakibatkan inflamasi saluran pernafasan atau reaksi hipersensitivitas. Kedua faktor tersebut akan menyebabkan kambuhnya asma dan akibatnya penderita akan kekurangan udara hingga kesulitan bernapas. Secara medis, penyakit

asma sulit disembuhkan, hanya saja penyakit ini dapat dikontrol sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Pengendalian asma dilakukan dengan menghindari faktor pencetus, yaitu segala hal yang menyebabkan timbulnya gejala asma. Apabila anak menderita serangan asma terus-menerus, maka mereka akan mengalami gangguan proses tumbuh kembang serta penurunan kualitas hidup.

Faktor pencetus asma banyak dijumpai di lingkungan baik di dalam maupun di luar rumah, tetapi anak dengan riwayat asma pada keluarga memiliki risiko lebih besar terkena asma. Tiap penderita asma akan memiliki faktor pencetus yang berbeda dengan penderita asma lainnya sehingga orangtua perlu mengidentifikasi faktor yang dapat mencetus kejadian asma pada anak. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa setiap unsur di udara yang kita hirup dapat mencetus kambuhnya asma pada penderita. Faktor pencetus asma dibagi dalam dua kelompok, yaitu genetik, di antaranya atopi/alergi bronkus, eksim; faktor pencetus di lingkungan, seperti asap kendaraan bermotor, asap rokok, asap dapur, pembakaran sampah, kelembaban dalam rumah, serta alergen seperti debu rumah, tungau, dan bulu binatang (Wong, 2009).

Menurut Wong (2009) dampak penyakit kronis dan ketidakmampuan pada anak cukup luas. Anak mengalami gangguan aktivitas dan gangguan perkembangan. Serangan asma menyebabkan anak dapat tidak masuk sekolah sehari-hari, berisiko mengalami masalah perilaku dan emosional, dan dapat menimbulkan masalah bagi anggota keluarga lainnya, orang tua sulit membagi waktu antara kerja dan merawat anak, masalah keuangan, fisik dan emosional. Keadaan ini berdampak pada pola interaksi orang tua dan anak serta upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dan kualitas hidup anak. Untuk itu peran perawat diharapkan dapat membantu anak dan keluarga selama dirawat dalam memenuhi kebutuhan dasar dan memberikan edukasi agar keluarga mampu merawat anak dengan asma bronkial di rumah serta meminimalkan kekambuhan serangan asma.

1.2 TUJUAN PENULISAN

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada anak M. S dengan asma bronkial di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

1.2.2.1.1 Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada An M.S dengan asma bronkial di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2.2.1.2 Mampu menetapkan perumusan diagnosa keperawatan pada An M. S dengan asma bronkial di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

1.2.2.1.3 Mampu menyusun rencana keperawatan pada keperawatan pada An M. S dengan asma bronkial di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

1.2.2.1.4 Mampu melakukan tindakan keperawatan pada An M. S dengan asma bronkial di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

1.2.2.1.5 Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada An M. S dengan asma bronkial di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

1.3 MANFAAT PENULISAN

1.3.1 Manfaat bagi keluarga

Diharapkan keluarga dapat mengetahui masalah kesehatan anggota keluarganya dan mampu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

1.3.1.1 Manfaat bagi penulis

Diharapkan sebagai bahan tambahan pengetahuan dan untuk membandingkan antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik keterampilan dan pengalaman dalam memberikan Asuhan Keperawatan anak dengan asma bronkial

1.3.2 Manfaat bagi Institusi pendidikan

Untuk bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan pada anak dengan asma bronkial yang dapat digunakan sebagai acuan praktek bagi mahasiswa keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR ASMA BRONKIAL

2.1.1 Pengertian

Asma merupakan salah satu penyakit saluran nafas yang banyak dijumpai, baik pada anak-anak maupun dewasa. Kata asma berasal dari bahasa Yunani yang berarti “terengah-engah”. Hippocrates menggunakan istilah asma untuk menggambarkan kejadian pernafasan yang pendek-pendek (*shortness of breath*) lebih dari 200 tahun yang lalu. Sejak itu istilah asma sering digunakan untuk menggambarkan gangguan yang terkait dengan kesulitan bernafas, termasuk adalah istilah asma kardiak dan asma bronchial. Menurut *National Ashtma Education and Prevention Program* (NAEPP) pada *National institute of Health* (NIH) Amerika, asma didefinisikan sebagai penyakit inflamasi kronik pada paru (Ikawati, 2006).

Asma merupakan gangguan inflamasi kronik jalan nafas yang melibatkan berbagai sel inflamasi. Dasar penyakit ini adalah hiperaktivitas bronkus dalam berbagai tingkat, obstruksi jalan nafas, dan gejala pernafasan (mengi atau apabila bernafas berbunyi dan terjadi sesak). Obstruksi jalan nafas umumnya bersifat reversibel, namun dapat terjadi kurang reversibel bahkan relatif nonreversibel tergantung berat dan lamanya penyakit. Obstruksi saluran pernafasan disebabkan oleh banyak banyak faktor seperti bronkospasme, edema, hipersekresi bronkus, hipersensitif bronkus dan inflamasi. Serangan asma yang tiba-tiba disebabkan oleh faktor yang diketahui, meliputi faktor-faktor terpapar allergen, virus, polutan atau zat-zat yang lain yang dapat merangsang inflamasi akut atau konstrikisi bronkus (Wong, 2009).

2.1.2 Patogenesis

Sampai saat ini patogenesis dan etiologi asma belum diketahui dengan pasti, namun berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa dasar gejala asma adalah inflamasi dan respon saluran nafas yang berlebihan (Sundaru, 2001). Dalam dua dekade yang lalu, penyakit asma dianggap merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya penyempitan bronkus saja, sehingga terapi utama pada saat itu adalah suatu bronkodilator, seperti β -antagonis dan golongan metal ksantin saja. Dalam konsep baru para ahli mengemukakan bahwa asma merupakan penyakit inflamasi saluran nafas yang ditandai dengan bronkokonstriksi, inflamasi dan respon yang berlebihan terhadap rangsangan (*hyperresponsiveness*) (Ikawati, 2006).

2.1.3 Gambaran Klinis

Gambaran klinis asma klasik adalah serangan episodik batuk, mengi, dan sesak nafas. Pada gejala awal sering gejala tidak jelas seperti rasa berat di dada, dan pada asma alergik mungkin disertai pilek atau bersin. Meskipun pada mulanya batuk tanpa disertai sekret, tetapi pada perkembangan selanjutnya pasien akan mengeluarkan sekret baik yang mukoid, putih kadang-kadang purulen. Ada sebagian kecil pasien asma yang gejalanya hanya batuk tanpa disertai mengi, dikenal dengan istilah *cough variant asthma*. Bila dicurigai seperti itu maka perlu dilakukan pemeriksaan spirometri sebelum dan sesudah bronkodilator atau uji provokasi dengan metakolin (Sundaru, 2001).

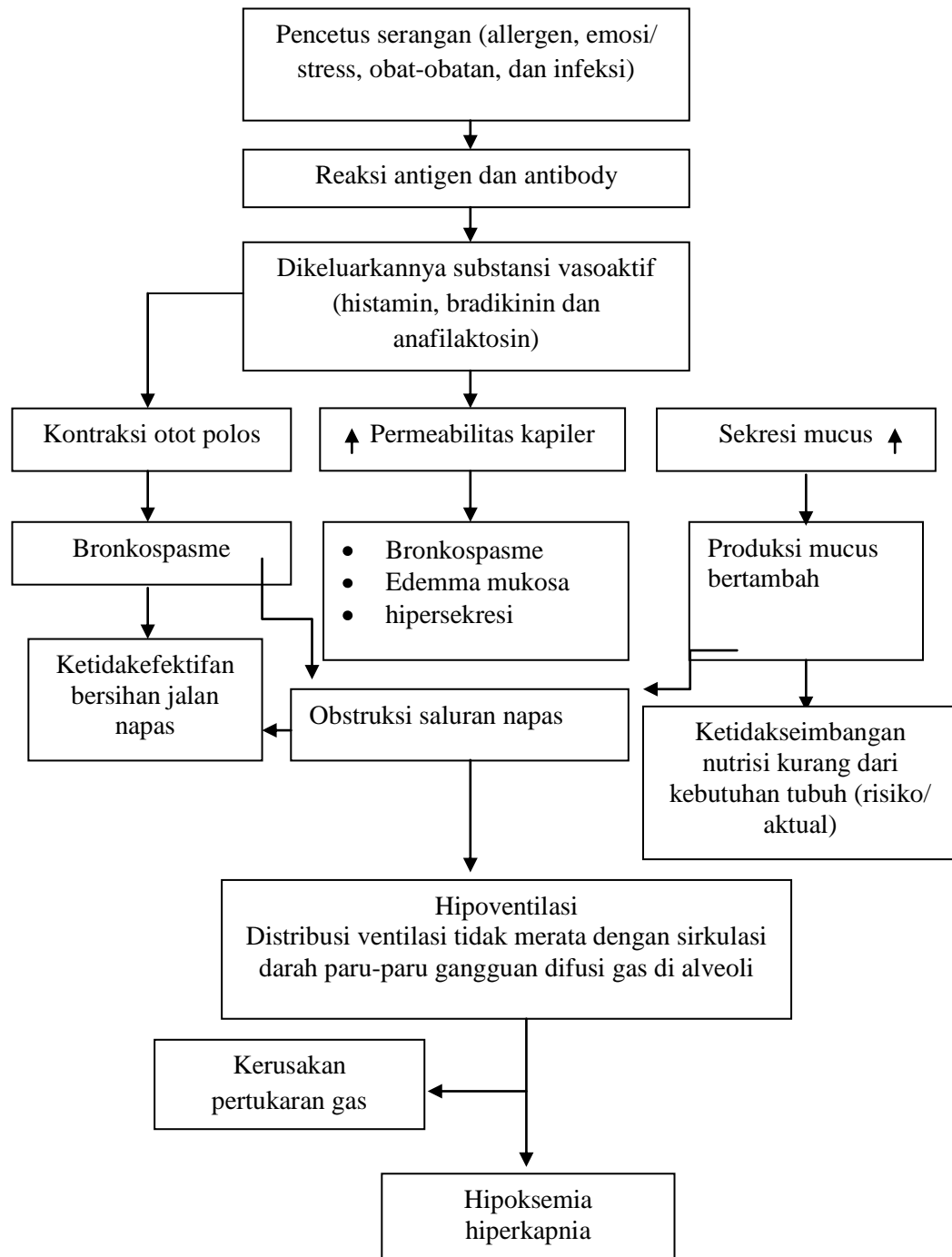
Gejala pada penyakit asma ada dua fase, yaitu gejala fase akut dan gejala fase kronik. Gejala fase akut terjadi pada hitungan menit dan berakhir setelah beberapa jam, dimana pada saat itu terjadi interaksi antara alergen dengan makrofag. Respon yang terjadi pada fase akut adalah bronkokonstriksi. Fase lambat terjadi dalam 2-6 jam dan berakhir kurang lebih setelah 12-24 jam. Sitokin seperti interleukin bekerja mengaktifasi eosinofil dan limfosit T di saluran pernafasan untuk melepaskan mediator yang memicu serangan ulang asma. Pada asma

non-atopik, alergen bukan penyebab serangan, tetapi pemicu serangan asma lebih banyak dilakukan oleh faktor lain seperti penggunaan obat seperti aspirin, AINS, dan golongan beta bloker, adanya iritan kimiawi, penyakit obstruksi kronik, udara kering, stress yang berlebih, dan olah raga. Mekanismenya bukan melalui sel mast, tetapi melalui stimulasi pada jalur refleks parasimpatik yang melepaskan asetilkolin, dan kemudian mengontrol otot polos bronkus. Peningkatan permeabilitas dan sensitivitas terhadap alergen yang terhirup, iritan, dan mediator inflamasi merupakan konsekuensi dari adanya cedera pada epitel. Inflamasi kronik pada saluran pernafasan dapat menyebabkan penebalan membran dasar dan deposisi kolagen pada dinding bronchial. Perubahan ini dapat menyebabkan sumbatan saluran nafas secara kronik seperti yang dijumpai pada penderita asma. pelepasan berbagai media inflamasi menyebabkan bronkokonstriksi, sumbatan vaskuler, permeabilitas vaskuler, edema, produksi dahak yang kental, dan gangguan fungsi mukosiliar (Ikawati, 2006).

2.1.4 Diagnosis

Diagnosis asma yang tepat sangatlah penting, sehingga penyakit ini dapat ditangani dengan baik, mengi (*wheezing*) berulang dan atau batuk kronik berulang merupakan titik awal untuk menegakkan diagnosa. Asma pada anak-anak umumnya hanya menunjukkan batuk dan saat diperiksa tidak ditemukan mengi maupun sesak. Diagnosis klinis asma sering ditegakkan oleh gejala berupa sesak episodik, mengi, batuk dan dada sakit/sempit. Pengukuran fungsi paru digunakan untuk menilai berat keterbatasan arus udara dan reversibilitas yang dapat membantu diagnosis. Mengukur status alergi dapat membantu identifikasi faktor resiko. Diagnosis asma berdasarkan anamnesia, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Rengganis, 2009).

2.1.5 Pathway Asma Bronchial



Gambar 1. Skema pathway asma bronkial, Marni (2014)

2.1.6 Penatalaksanaan Asma

Tujuan utama penatalaksanaan asma adalah meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup agar pasien asma dapat hidup normal tanpa hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pada prinsipnya penatalaksanaan asma diklasifikasikan menjadi 2 golongan, yaitu :

a. Penatalaksanaan Asma Akut

Serangan akut merupakan suatu keadaan darurat dimana membutuhkan penanganan medis segera. Penanganan harus cepat dan seharusnya dilakukan di rumah sakit/gawat darurat. Penilaian berat serangan dilakukan berdasarkan riwayat serangan, gejala, pemeriksaan fisis dan bila memungkinkan pemeriksaan faal paru, agar dapat diberikan pengobatan yang tepat (Rengganis, 2008).

b. Penatalaksanaan Asma Kronik

Pasien asma kronik diupayakan untuk dapat memahami sistem penanganan asma secara mandiri, sehingga dapat mengetahui kondisi kronik dan variasi keadaan asma. Antiinflamasi merupakan suatu pengobatan rutin yang bertujuan mengontrol penyakit serta mencegah serangan. Bronkodilator merupakan pengobatan saat serangan untuk mengatasi serangan (Rengganis, 2008). Pada penatalaksanaan asma kronik bisa diklasifikasikan menurut kontrol asma. Kontrol asma dapat didefinisikan menurut berbagai cara. Pada umumnya, istilah kontrol menunjukkan penyakit yang tercegah atau bahkan sembuh. Namun pada asma, hal itu tidak realistis. Maksud kontrol adalah kontrol manifestasi penyakit. Kontrol yang lengkap biasanya diperoleh dengan pengobatan. Tujuan pengobatan adalah memperoleh dan mempertahankan kontrol untuk waktu lama dengan pemberian obat yang aman, dan tanpa efek samping (Rengganis, 2008). Dalam terapi asma biasanya pasien-pasien asma belum mendapatkan terapi yang optimal. Banyak pasien asma yang mengabaikan terapinya padahal penyakit asma merupakan penyakit yang sulit disembuhkan. Ada beberapa komponen dalam pengobatan asma, yaitu penilaian beratnya asma, pencegahan dan pengendalian faktor

pencetus serangan, penyuluhan atau edukasi kepada pasien (Sundaru, 2001).

a. Penilaian beratnya asma

Tabel 1. Klasifikasi derajat asma (NAEPP, 2002)

| Derajat Asma | Gejala | Gejala malam | Fungsi paru | Obat yang diperlukan untuk pemeliharaan jangka |
|---------------------------------|--|---------------------|---|--|
| Tahap 1 Ringan Intermiten | Gejala <2x seminggu Asimtomatik dan PEF normal diantara eksaserbasi Eksaserbasi singkat, intensitas mungkin bervariasi | ≤2x sebulan | PEV 1 atau PEF ≥ 80% prediksi variabilitas <20% | Usia ≥ 5 tahun Tidak diperlukan pengobatan harian. Mungkin terjadi eksaserbasi berat, fungsi paru-paru normal dan tidak ada gejala. Usia ≤ 5 tahun Tidak diperlukan pengobatan |
| Tahap 2 Ringan Menetap | Gejala <2x seminggu tapi < 1x sehari. Serangan dapat mengganggu aktivitas dan tidur | >2x sebulan | PEV 1 atau PEF ≥80% prediksi variabilitas <20%-30% | Usia ≥ 5 tahun Perlakuan yang dipilih: dosis rendah kortikosteroid hirup. Alternatif perlakuan: cromolyn, pengubah leukotrien, nedocromil/ teofilin untuk serum konsentrasi 5-15 mcg/mL. Usia ≤ 5 tahun Pilihan pengobatan: kortikosteroid hirup dosis rendah dengan nebulizer atau MDI. Alternatif pengobatan cromolyn (nebulizer atau MDI / antagonis reseptor leukotrien). |
| Tahap 3 Sedang menetap | Ada gejala tiap Perlu penggunaan agonis β setiap hari. Eksaserbasi mempengaruhi aktivitas eksaserbasi ≥2x seminggu. | >1x sebulan | PEV atau PEF 60-80% prediksi variabilitas >30% | Usia ≥ 5 tahun Perlakuan yang dipilih: diberikan kortikosteroid hirup dalam media-dosis sedang (Beklometason, Budesonida, Flutikason) dan menambah β ₂ agonis dosis panjang. Alternatif pengobatan: meningkatkan kortikosteroid hirup dalam dosis sedang (Beklometason, Budesonida, Flutikason) dan menambah leukotrien atau teofilin. |

| | | | | |
|--------------------------|--|--------|--|---|
| | | | | Usia ≤ 5 tahun Perlakuan yang dipilih: diberikan kortikosteroid hirup dalam media-dosis sedang (Beklomathason, Budesonida, Flutikason) dan menambah β_2 agonis dosis panjang. Alternatif pengobatan: meningkatkan kortikosteroid hirup dalam dosis sedang (Beklomathason, Budesonida, Flutikason) dan menambah leukotrine atau teofilin. |
| Tahap 4 Berat Menetap | Gejala terusmenerus Aktifitas fisik terbatas. Sering serangan. | Sering | PEV 1 atau PEF $\leq 60\%$ pre diksi variabilitas $>30\%$ | Usia ≥ 5 tahun Perlakuan yang dipilih: kortikosteroid hirup dosis tinggi dan bronkodilator dosis yang panjang yaitu agonis β_2 agonis aksi panjang (formoterol, salmeterol), Kortikosteroid tablet atau sirup jangka panjang (2 mg/kg/hari, tidak melebihi 60 mg per hari). Ulangi upaya untuk mengurangi kortikosteroid sistemik dan mempertahankan control kortikosteroid hirup dosis tinggi (Beklomethason, Budesonida, Flutikason). Usia ≤ 5 tahun Perlakuan yang dipilih: kortikosteroid hirup dosis tinggi dan bronkodilator dosis yang panjang yaitu agonis β_2 agonis aksi panjang (formoterol, salmeterol), Kortikosteroid tablet atau sirup jangka panjang (2 mg/kg/hari, tidak melebihi 60 mg per hari). Ulangi upaya untuk mengurangi kortikosteroid sistemik dan mempertahankan control kortikosteroid hirup dosis tinggi (Beklomethason, Budesonida, Flutikason) |

Penilaian derajat beratnya asma baik melalui pengukuran gejala, pemeriksaan uji final paru (dengan spirometri atau *peak flow meter*), dan analisis gas darah sangat diperlukan untuk menilai hasil pengobatan. Banyak pasien asma yang tanpa gejala, ternyata pada pemeriksaan uji final parunya menunjukkan adanya obstruksi jalan nafas (Sundaru, 2001).

b. Pencegahan dan Pengendalian Faktor Pencetus Asma

Diharapkan dengan mencegah dan mengendalikan faktor pencetus, serangan asma makin berkurang atau derajat asma semakin tinggi (Sundaru, 2001).

c. Perencanaan obat-obat jangka panjang

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk merencanakan obat-obat antiasma agar dapat mengendalikan gejala asma yaitu dengan pertimbangan pemberian obat-obat antiasma, pengobatan farmakologis berdasarkan sistem anak tangga dan pengobatan asma berdasarkan sistem wilayah bagi pasien (Sundaru, 2001).

d. Penyuluhan asma atau edukasi kepada pasien

Pengobatan asma memerlukan pengobatan jangka panjang, maka dari itu diperlukan kerjasama antara pasien, keluarga serta tenaga kesehatan. Hal ini bisa tercapai apabila pasien dan keluarga memahami penyakitnya, tujuan pengobatan, obat-obat yang dipakai serta efek samping (Sundaru, 2001).

2.1.7 Pengobatan Asma

Pada dasarnya obat-obat antiasma dipakai untuk mencegah dan mengendalikan gejala asma. Obat-obat anti asma tersebut adalah:

a. Antiinflamasi

Obat antiinflamsi khususnya kortikosteroid hirup adalah obat yang paling efektif sebagai pencegah. Obat antiinflamasi dapat mencegah terjadinya inflamasi serta mempunyai daya profilaksis dan supresi. Dengan pengobatan antiinflamasi jangka panjang ternyata perbaikan gejala asma, perbaikan fungsi paru serta penurunan reaktivitas bronkus lebih baik bila dibanding bronkodilator (Sundaru, 2001).

Mekanismenya yaitu dapat mengurangi jumlah eosinofil yang berada dalam sirkulasi dan jumlah sel mast di saluran pernafasan dan meningkatkan jumlah reseptor adrenergic β -2, selain itu juga mengurangi

hiperresponsivitas saluran nafas dengan mengurangi inflamasi (Ikawati, 2006). Untuk mengontrol gejala, direkomendasikan untuk menggunakan dosis terendah, yaitu 2-4 hirupan sebanyak 2-4 kali sehari. Steroid inhalasi ada yang dalam bentuk serbuk, dengan harapan dapat mencapai paru-paru dengan lebih baik. Contohnya (*Pulmicort turbuhaler*). Untuk mencapai efektivitas yang maksimum, diperlukan kira-kira 2 minggu penggunaan kortikosteroid inhalasi secara kontinyu. Jika didapatkan hambatan pertumbuhan, perlu dirujuk ke bagian pediatrik (Ikawati, 2006).

b. Bronkodilator

1) Agonis β_2

Stimulasi reseptor β_2 -adrenergik mengaktivasi adenil siklase, yang menghasilkan peningkatan AMP siklik intraselular. Menyebabkan relaksasi otot polos, stabilisasi membrane sel mast, stimulasi otot skelet (Depkes, 2008). Albuterol dan inhalasi agonis β_2 selektif aksi pendek lain diindikasikan untuk penanganan episode bronkospasme ireguler dan merupakan pilihan dalam penanganan asma akut. Sedangkan formoterol merupakan inhalasi agonis β_2 kerja lama yang diindikasikan sebagai kontrol tambahan jangka panjang untuk pasien yang telah mengkonsumsi inhalasi kortikosteroid dosis sedang atau tinggi. Zat aksi pendek memberikan perlindungan penuh selama paling sedikit 2 jam setelah dihirup, zat kerja lama setelah memberikan perlindungan signifikan 8-12 jam pada awal pemberian, dan durasi terapi ini akan berkurang apabila pemakaian rutin dan asma mulai terkontrol (Depkes, 2008).

2) Metilxantin

Yang merupakan obat golongan metilxantin adalah *theophylline*, *theobromine* dan *caffeine*. Manfaat *theophylline* dalam pengobatan asma berkurang karena efektivitas obat-obat adreno reseptor per inhalasi untuk asma akut asma kronik telah ditemukan, tetapi harga murah *theophylline* memiliki keuntungan untuk pasien dengan ekonomi lemah dan dana kesehatan pada masyarakat yang terbatas. Mekanisme kerjanya terjadi

hambatan pada reseptor-reseptor pada permukaan sel untuk *adenosline*. Reseptor-reseptor tersebut memodulasi aktivitas *adenylyl cyclase* dan *adenoslyne*, yang telah terbukti dapat menyebabkan kontraksi otot polos jalan nafas terpisah dan menyebabkan rilis *histamine* dari sel-sel mast jalan nafas. *Theophyline* melawan efek-efek tersebut, dengan menyekat reseptor *adenosline* permukaan sel (Katzung, 2001).

3) Antikolinergik

Yang merupakan obat golongan antikolinergik yaitu ipratropium bromida, tiotropium dan deproprium. Agen antikolinergik memperbaiki efek vegal yang dimediasi bronkospasme tetapi bukan bronkospasme yang diinduksi oleh alergen atau olahraga. Mekanisme kerja Ipratropium untuk inhalasi oral adalah suatu antikolinergik (parasimpatomimetik) yang akan menghambat refleksi vegal dengan cara mengantagonis kerja asetilkolin. Bronkodilasi yang dihasilkan bersifat lokal, pada tempat tertentu dan tidak bersifat sistemik. Ipratropium bromida (semprot hidung) mempunyai sifat antisekresi dan penggunaan lokal dapat menghambat sekresi kelenjar serosa dan seromukus mukosa hidung. Digunakan dalam bentuk tunggal atau kombinasi dengan bronkodilator lain (terutama beta adrenergik) sebagai bronkodilator dalam pengobatan bronkospasmus yang berhubungan dengan penyakit paru-paru obstruktif kronik, termasuk bronkhitis kronik dan emfisema. (Katzung, 2001).

c. Kortikosteroid

Obat-obat ini merupakan steroid adrenokortikal steroid sintetik dengan cara kerja dan efek yang sama dengan glukokortikoid. Glukokortikoid dapat menurunkan jumlah dan aktivitas dari sel yang terinflamasi dan meningkatkan efek obat beta adrenergik dengan memproduksi AMP siklik, inhibisi mekanisme bronkokonstriktor, atau merelaksasi otot polos secara langsung. Penggunaan inhaler akan menghasilkan efek lokal steroid secara efektif dengan efek sistemik minimal. Terapi pemeliharaan dan profilaksis asma, termasuk pasien yang

memerlukan kortikosteorid sistemik, pasien yang mendapatkan keuntungan dari penggunaan dosis sistemik, terapi pemeliharaan asma dan terapi profilaksis pada anak usia 12 bulan sampai 8 tahun. Obat ini tidak diindikasikan untuk pasien asma yang dapat diterapi dengan bronkodilator dan obat non steroid lain, pasien yang kadang-kadang menggunakan kortikosteroid sistemik atau terapi bronkhitis non asma.

2.1.8 Penatalaksanaan dan Perawatan dirumah

Menurut mutaqqin, (2008) jika pasien tidak mendapat serangan asma maka perawatan dirumah ditujukan untuk mencegah timbulnya serangan asma dengan memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga pasien. Mencegah serangan asma dengan menghilangkan faktor pencetus timbulnya serangan. Pendidikan kesehatan yang diberikan tersebut antara lain :

- a) Menghilangkan faktor pencetus misalnya debu rumah, bau-bau yang merangsang, hawa dingin dan lainnya
- b) Keluarga harus mengenali tanda-tanda akan terjadi serangan asma
- c) Cara memberikan obat bronkodilator sebagai pencegahan bila dirasakan anak akan mengalami serangan asma serta wajib mengetahui obat mana yang lebih efektif bila anak mendapat serangan asma
- d) Menjaga kesehatan anak dengan memberi makanan yang cukup bergizi tetapi menghindari makanan yang mengandung cukup alergen bagi anaknya.
- e) Kapan anak harus dibawa untuk konsultasi. Persediaan obat tidak boleh sampai habis. Lebih baik jika obat tinggal 1 – 2 kali pemakaian anak sudah dibawa kontrol ke dokter atau jika anak batuk/ pilek walaupun belum terlihat sesak napas harus segera dibawa berobat.

2.1.9 Komplikasi

Menurut surandro, (2008) komplikasi yang dapat terjadi pada asma bronkial apabila tidak segera ditangani, adalah : (Sundaro, 2008).

- a) Gagal napas.
- b) Bronkhitis.
- c) Fraktur iga (patah tulang rusuk).
- d) Pneumotoraks (penimbunan udara pada rongga dada disekeling paru yang menyebabkan paru-paru kolaps).
- e) Pneumodiastinum penimbunan dan emfisema subkitus.
- f) Aspergilosis bronkopulmoner alergik.
- g) Atelektasis.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Asma Bronkial

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), asuhan keperawatan dengan asma meliputi :

1 Pengkajian

a. Biodata

Asma bronchial dapat meyerang segala usia tetapi lebih sering dijumpai pada usia dini. Separuh kasus timbul sebelum 10 tahun dan sepertiga kasus lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun. Predisposisi laki-laki dan perempuan diusia sebesar 2 : 1 yang kemudian sama pada usia 30 tahun.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang timbul pada klien dengan asma dalah dispnea (sampai bisa sehari-hari atau berbulan-bulan), batuk, dan mengi (pada beberapa kasus lebih banyak paroksimal).

2) Riwayat kesehatan dahulu

Terdapat data yang menyatakan adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit ini, di antaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran nafas bagian bawah (rhinitis, urtikaria, dan eskrim).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Klien dengan asma bronkial sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit keturunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

- a) Pemeriksaan dada dimulai dari torak posterior, klien pada posisi duduk.
- b) Dada diobservasi dengan membandikan satu sisi dengan yang lainnya.
- c) Tindakan dilakukan dari atas (apeks) sampai kebawah.
- d) Inspeksi torak posterior, meliputi warna kulit dan kondisinya, skar, lesi, massa, dan gangguan tulang belakang, seperti kifosis, skoliosis, dan lordosis.
- e) Catat jumlah, irama, kedalaman pernapasan, dan kesimetrisan pergerakan dada.
- f) Observasi tipe pernapasan, seperti pernapasan hidung pernapasan diafragma, dan penggunaan otot bantu pernapasan.
- h) Kelainan pada bentuk dada. Observasi kesimetrian pergerakan dada. Gangguan pergerakan atau tidak adekuatnya ekspansi dada mengindikasikan penyakit pada paru atau pleura.
- j) Observasi trakea abnormal ruang interkostal selama inspirasi, yang dapat mengindikasikan obstruksi jalan nafas.

2) Palpasi

- a) Dilakukan untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas, mengidentifikasi keadaan kulit, dan mengetahui *vocal/tactile premitus* (vibrasi).
- b) Palpasi toraks untuk mengetahui abnormalitas yang terdapat saat inspeksi seperti : mata, lesi, bengkak.
- c) Vocal premitus, yaitu gerakan dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara

3) Perkusi . Suara perkusi normal.:

- a) Resonan (Sonor) : bergaung, nada rendah. Dihasilkan pada jaringan paru normal.
- b) Dullness : bunyi yang pendek serta lemah, ditemukan diatas bagian jantung, mamae, dan hati.
- c) Timpani : musical, bernada tinggi dihasilkan di atas perut yang berisi udara. Suara perkusi abnormal : a) Hiperrsonan (hipersonor) : berngaung lebih rendah dibandingkan dengan resonan dan timbul pada bagian paru yang berisi darah. b) Flatness : sangat *dullness*. Oleh karena itu, nadanya lebih tinggi. Dapat didengar pada perkusi daerah hati, di mana areanya seluruhnya berisi jaringan.

4) Auskultasi

- a) Merupakan pengkajian yang sangat bermakna, mencakup mendengarkan bunyi nafas normal, bunyi nafas tambahan (abnormal), dan suara.
- b) Suara nafas abnormal dihasilkan dari getaran udara ketika melalui jalan nafas dari laring ke alveoli, dengan sifat bersih.
- c) Suara nafas normal meliputi *bronkial*, *bronkovesikular* dan *vesikular*.
- d) Suara nafas tambahan meliputi *wheezing*, , *pleural friction rub*, dan *crackles*.

2 Diagnosa Keperawatan Asma Bronkial

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), meliputi :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eskudat dalam alveoli dan bronkospasme.
- b. ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
- c. perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, produksi mukus bertambah
- d. gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi perfusi

3 Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|----|---|--|---|
| 1. | Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkus spasme, peningkatan produksi mukus, mukus bertahan tebal dan kental, penurunan energi/ kelemahan untuk batuk | <p>NOC: Mampu mengeluarkan sekret lebih efektif.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sekresi dapat diluluhkan atau dihisap minimal ✓ Bunyi nafas terdengar bersih | <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada 2) Catat upaya pernafasan termasuk penggunaan otot bantu pernafasan. Kecepatan biasanya mencapai kedalaman pernafasan bervariasi tergantung derajat gagal nafas. 3) Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas seperti krekels, wheezing. Ronchi dan wheezing menyertai obstruksi jalan nafas atau kegagalan pernafasan. 4) Observasi pola batuk dan karakter sekret. Kongesti alveolar mengakibatkan batuk sering/iritasi. 5) Dorong/bantu pasien dalam nafas dan latihan batuk. Untuk dapat meningkatkan/banyaknya sputum dimana gangguan ventilasi dan ditambah ketidaknyaman upaya bernafas. 6) Kolaborasi : Berikan oksigen tambahan, Berikan humidifikasi tambahan bertujuan memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas, memberikan kelembaban pada membran mukosa dan membantu pengenceran sekret. |
| 2. | Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru | <p>NOC : Pola nafas kembali efektif.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kriteria hasil : Pola nafas efektif, pasien tidak sesak nafas | <ol style="list-style-type: none"> 1) Auskultasi bunyi nafas untuk mengetahui derajat spasme 2) Kaji pantau frekuensi pernafasan 3) Catat adanya/derajat distress, misal : keluhan air hungry, gelisah, ansietas, distress pernafasan, penggunaan otot bantu . Disfungsi pernafasan adalah indikator kegagalan nafas 4) Kaji pasien untuk posisi yang nyaman untuk bernafas. Pasien dengan distress pernafasan akan mencari posisi yang nyaman dan mudah untuk bernafas, membantu menurunkan kelemahan otot dan mempermudah ekspansi dada |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 3. | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, bertambah mukus | NOC :butuhan nutrisi terpenuhi Kriteria hasil: ✓ Menunjukkan peningkatan BB ✓ Menunjukkan perilaku / perubahan pada hidup untuk meningkatkan dan / mempertahankan berat yang ideal | <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji kebiasaan diet, masukan makanan, catat derajat kesulitan makan, evaluasi BB. 2) Avskultasi bunyi usus. 3) Berikan perawatan oral sering, buang sekret. 4) Dorong periode istirahat, 1jam sebelum dan sesudah makan 5) Berikan makan porsi kecil tapi sering. 6) Hindari makanan penghasil gas dan minuman karbonat. 7) Hindari maknan yang sangat panas / dingin. 8) Timbang BB sesuai induikasi. 9) Kaji pemeriksaan laboratorium, ex : alb.serum. |
| 4. | Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas oleh sekresi mukus, spasme bronkus. | NOC : Mempertahankan suplai O ₂ dan ventilasi alveolus yang adekuat. Kriteria hasil : ✓ Bebas gejala distress pernafasan | <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji frekuensi, ke dalam pernafasan, catat penggunaan otot aksesori, nafas, bibir, ketidakmampuan berbicara. Bertujuan untuk mengevaluasi derajat distress pernafasan 2) Tinggikan kepala tempat tidur, bantu pasien untuk memilih posisi yang mudah untuk bernafas. Distribusi Oksigen dapat diperbaiki dengan posisi duduk. 3) Dorong pasien untuk mengeluarkan sputum, bila perlu lakukan penghisapan. Sputum yang tebal dan kental adalah sumber utama gangguan pertukaran gas, penghisapan dilakukan bila batuk tidak efektif. 4) Auskultasi bunyi nafas secara periodik. Masih adanya mengidentifikasi masih adanya spasme bronkus/tertahannya sekret. 5) Awasi tanda - tanda vital dan irama jantung. Takikardia, disritmia, dan perubahan tekanan darah menunjukkan efek hipoksemia sistemik pada fungsi jantung. 6) Kolaborasi berikan O₂ sesuai hasil GDA dan toleransi pasien untuk memperbaiki hipoksia |

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang sudah dibuat dengan melihat respon pasien. Apabila diperlukan maka intervensi dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan.

5. Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi terhadap masalah kebutuhan oksigen secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam: (Somantri, 2009).

- a) Mempertahankan jalan napas secara efektif yang ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk bernapas, jalan nafas bersih, tidak ada sumbatan, frekuensi, irama, dan kedalaman napas normal, serta tidak ditemukan adanya tanda hipoksia.
- b) Mempertahankan pola napas secara efektif yang ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk bernapas, frekuensi, irama, dan kedalaman, napas normal, tidak ditemukan adanya tanda hipoksia, serta kemampuan paru berkembang dengan baik.
- c) Mempertahankan berat badan dalam kondisi ideal yang ditandai dengan nafsu makan membaik, kebutuhan nutrisi terpenuhi secara optimal.
- d) Mempertahankan pertukaran gas secara efektif yang ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk bernapas, tidak ditemukan dyspnea, frekuensi napas dalam batas normal, serta saturasi oksigen dan PCO_2 dalam keadaan normal.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

Pasien di rawat diruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 25 – 28 Mei 2019.

3.1.1 Pengkajian Keperawatan

Anak M. S usia 2 tahun 4 bulan jenis kelamin perempuan dirawat diruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang masuk dari tanggal 24 Mei 2019 dengan keluhan batuk dan sesak napas. Diagnosa medik: asma bronchial. Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019, Jam 08.00 WITA. Anak nampak sakit sedang, dengan GCS = 15, kesadaran Composmentis, Tanda vital : Suhu 37⁰ C, Pernapasan 32x/ menit, Nadi 112x/ menit. Pada pemeriksaan auskultasi ditemukan adanya ronchi dan wheezing. Orang tua mengatakan anak batuk berdahak dan lendir susah untuk dikeluarkan. Nafsu makan baik dan anak kooperatif selama dirawat. Anak baru pertama kali dirawat dengan sakit ini sehingga orang tua juga bingung, khawatir dengan kondisi anak serta mengharapkan segera sembuh. Selama ini hanya berobat ke puskesmas saja dengan keluhan batuk dan sesak napas. Dampak hospitalisasi pada anak yang ditemukan adalah ketakutan pada suasana baru di rumah sakit.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan anak nampak sakit sedang, dengan GCS = 15, kesadaran Composmentis, Tanda vital : Suhu 37⁰ C, Pernapasan 32x/ menit, Nadi 112x/ menit. Pada pemeriksaan auskultasi ditemukan adanya ronchi dan wheezin, tinggi badan 80 cm, berat saat ini 9 kg, berat sebelum sakit 8,9 kg, lingkaran kepala: 47 cm, konjungtiva anemis, sklera putih, hidung terdapat sekret, mukosa lembab, dada simteris, bunyi paru adanya ronchi dan wheezing di lobus kanan atas, tidak pemakaian otot bantu pernapasan, bising usus 32 kali per menit, mual muntah tidak ada.

Hasil pemeriksaan laboratorium anak pada tanggal 25 Mei 2019 ditemukan Hb 11,2 g/dl (11-15 g/dl), hematokrit 34,2 L % (30-60 %). Saat

perawatan pasien mendapat terapi obat ambroxol pulvis 3 x 1 mg. Ambroxol pulvis adalah obat yang digunakan untuk mengencerkan dahak, umumnya digunakan untuk mengatasi gangguan pernapasan akibat produksi dahak yang berlebihan. Dahak yang diproduksi akan lebih encer sehingga mudah dikeluarkan dari tenggorokan saat batuk. Efek samping dari penggunaan obat ini adalah gangguan pencernaan ringan, mual dan muntah, sakit ulu hati.

3.1.2 Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka di tegakan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah: Data subjektif : Ibu mengatakan anaknya batuk dan sesak napas. Data Obyektif : pernapasan 25 kali per menit, anak batuk dan sesak napas, terdengar bunyi ronchi dan wheezing. Masalah: peningkatan produksi mukus dan adanya eskudat dalam alveoli, penyebab : Ketidakefektifan bersihan jalan

Data subjektif: ibu mengatakan anaknya selama ini batuk dan sesak napas tapi berobat ke puskesmas saja ibu mengatakan anak baru pertama kali dirawat dan tidak tahu anaknya sakit asma. Data objektif: Ibu nampak khawatir dan sering bertanya tentang sakit. Masalah: kurang terpapar terhadap informasi, penyebab: Kurang pengetahuan orang tua.

Data subjektif: Ibu mengatakan anak takut karena baru pertama kali dirawat. Data objektif: Anak nampak ketakutan, rewel dan hanya mau didekat ibunya. Masalah: dampak hospitalisasi, penyebab: Cemas

3.1.3 Rumusan Diagnosa Keperawatan

Penegakan diagnosa keperawatan berdasarkan data pendukung yang ditemukan saat melakukan pengkajian pada An. M. S Adapun masalah keperawatan yang diangkat adalah :

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan berhubungan dengan peningkatan produksi mukus dan adanya eskudat dalam alveoli
- 2) Kurang pengetahuan orang tua berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi
- 3) Cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi

Adapun prioritas masalah yang ditegakkan berdasarkan 3 prinsip yaitu apakah mengancam kehidupan, mengancam kesehatan atau mengancam tumbuh kembang pasien. Prioritas masalah yang dirumuskan adalah sebagai berikut : 1) Ketidakefektifan bersihan jalan berhubungan dengan peningkatan produksi mukus dan adanya eskudat dalam alveoli; 2) Kurang pengetahuan orang tua berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi; 3) Cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi.

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Untuk diagnosa keperawatan 1: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi mukus dan adanya eskudat dalam alveoli, goal : pasien akan mampu meningkatkan bersihan kjalan napas yang efektif. Objektif: dalam jangka waktu 3×24 jam bersihan jalan napas efektif dengan kriteria hasil : frekuensi napas normal (30-39 kali per menit), tidak ada retraksi dinding dada, wheezing dan rochi berkurang, batuk dan sesak napas berkurang. Adapun intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah 1)kaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada, catat upaya pernafasan termasuk penggunaan otot bantu pernafasan. 2) Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas seperti krekels, wheezing, observasi pola batuk dan karakter sekret. Kongesti alveolar mengakibatkan batuk sering/iritasi, dorong/bantu pasien dalam nafas dan latihan batuk. 3)

Kolaborasi : pemberian oksigen dan humidifikasi tambahan, dan obat pengencer dahak.

Untuk diagnosa keperawatan 2: Kurang pengetahuan orang tua berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi. Goal :orang tua atau keluarga meningkatkan peningkatkan pengetahuan dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1×30 menit pengetahuan klien dan keluarga mampu meningkatkan tingkat pengetahuan selama dalam perawatan. Intervensi keperawatan : 1)Kaji pengetahuan orang tua tentang penyakit. 2) Berikan Penyuluhan kesehatan tentang penyakit Gagal ginjal kronik. 3) Diskusikan mengenai kemungkinan proses penyembuhan. informasi yang didapat, dapat mengatasi ketidakmampuannya dan juga menerima perasaan tidak nyaman yang lama.

Untuk diagnosa keperawatan 3; Kecemasan anak berhubungan dengan dampak hospitalisasi. Goal : anak akan menunjukan kecemasan berkurang. objektif: Setelah dilakukan perawatan 1 x 24 jam kecemasan anak menurun atau hilang, dengan kriteria hasil kooperatif pada tindakan keperawatan, komunikatif pada perawat, secara verbal mengatakan tidak takut. Intervensi keperawatan antara lain 1) validasi perasaan takut atau cemas anak sebagai upaya memantapkan hubungan saling percaya dan meningkatkan ekspresi perasaan; pertahankan kontak dengan klien untuk mengurangi ketakutan; 2) upayakan ada keluarga (orang tua) yang menunggu untuk meminimalkan dampak hospitalisasi; 3) anjurkan orang tua untuk membawakan mainan; 4)rencanakan terapi bermain sesuai usia anak.

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai disusun dengan baik. Tindakan keperawatan dimulai sejak tanggal 25 Mei 2019.

Hari pertama tanggal 25 Mei 2019.

Tindakan keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas, 1)08.00 implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada : RR 25x/ menit, dalam dan teratur, mencatat upaya pernafasan termasuk penggunaan otot bantu pernafasan: tidak ada pemakaian otot bantu pernafasan, 2)08.30 melakukan auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas: terdengar ronchi, wheezing, mengobservasi pola batuk dan karakter sekret: batuk dan sekret susah dikeluarkan; kolaborasi dokter : 3)10.00 pemberian obat ambroxol 3x1 dan nebulizer ventolin + NaCl frekuensi 1x sehari. Untuk diagnosa kurang pengetahuan orang tua berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi tindakan yang dilakukan: melakukan pengkajian tingkat pengetahuan orang tua ditemukan orang tua belum mengetahui apa itu asma dan bagaimana perawatan dan pencegahan di rumah serta belum pernah mendapat informasi jelas dari petugas kesehatan

Hari kedua tanggal 26 Mei 2019

Tindakan keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu : 1)08.40 implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada : RR 25x/ menit, dalam dan teratur, mencatat upaya pernafasan termasuk penggunaan otot bantu pernafasan: tidak ada pemakaian otot bantu pernafasan, 2)08.55 melakukan auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas: terdengar ronchi, wheezing, mengobservasi pola batuk dan karakter sekret: batuk dan sekret susah dikeluarkan; kolaborasi dokter : 3)10.00 pemberian obat ambroxol 3x1 dan nebulizer ventolin + NaCl frekuensi 1x sehari. Tindakan keperawatan untuk diagnosa kurang

pengetahuan orang tua berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi diskusikan mengenai kemungkinan proses penyembuhan. informasi yang didapat, dapat mengatasi ketidakmampuannya dan juga menerima perasaan tidak nyaman yang lama.

Hari ketiga 27 Mei

Tindakan keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas 1)08.40 implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada : RR 25x/ menit, dalam dan teratur, mencatat upaya pernafasan termasuk penggunaan otot bantu pernafasan: tidak ada pemakaian otot bantu pernafasan, 2)08.55 melakukan auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas: tidak terdengar ronchi, wheezing, mengobservasi pola batuk dan karakter sekret: batuk dan sekret sudah dikeluarkan; kolaborasi dokter : 3)10.00 pemberian obat ambroxol 3x1 dan nebulizer ventolin + NaCl frekuensi 1x sehari. kondisi sesak napas berkurang, bunyi ronchi dan wheezing pada hari ketiga menghilang, kondisi anak membaik, pengobatan tetap diberikan.

Tindakan keperawatan untuk diagnosa kurang pengetahuan orang tua berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi dilakukan penyuluhan kesehatan dengan menggunakan media lembar balik yang berisi pengertian asma bronchial, faktor penyebab, tanda dan gejala penyakit, mcara pencegahan dan perawatan dirumah. Setelah dilakukan penyuluhan orang tua mampu menjelaskan kembali tentang penyakit asma dan cara perawatan serta pencegahan dirumah. Tindakan keperawatan untuk diagnosa keperawatan kecemasan anak berhubungan dengan dampak hospitalisasi yaitu 1) mempertahankan kontak dengan klien : anak sering rewel sehingga butuh waktu lama. 2) Mengupayakan ada keluarga (orang tua) yang menunggu untuk meminimalkan dampak hospitalisasi: orang tua selalu ada selama anak dirawat. 3) menganjurkan orang tua untuk membawakan mainan : orang tua membawakan boneka; merencanakan terapi bermain sesuai usia anak dengan meniup balon.

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada An.M.S dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Hari pertama tanggal 25 Mei 2019

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas pada ditemukan yaitu S : ibu mengatakan anaknya masih batuk dan sesak napas; O: frekuensi napas : 25x/ menit, anak nampak batuk dan terlihat sesak napas, bunyi ronchi dan wheezing terdengar, ada pemakaian otot bantu napas, A: masalah belum teratasi; P: intervensi tetap dilanjutkan dengan modifikasi pemberian fisioterapi dada dan anjuran banyak minum air hangat. Evaluasi keperawatan untuk diagnosa kurang pengetahuan yaitu S : ibu mengatakan belum paham tentang sakit anaknya dan akan merawat dengan baik dirumah; O: keluarga belum dapat menyebutkan kembali pengertian, tanda dan gejala serta cara perawatan nantinya dirumah; A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan.

Hari kedua tanggal 27 Mei 2019

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas pada ditemukan yaitu S : ibu mengatakan anaknya masih batuk sesekali; O: frekuensi napas : 22x/ menit, anak nampak batuk tapi tidak disertai lendir/ sputum, bunyi ronchi dan wheezing tidak ada, tidak ada pemakaian otot bantu napas;; A: masalah teratasi; P: intervensi tetap dilanjutkan dengan modifikasi pemberian fisioterapi dada dan anjuran banyak minum air hangat.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa kurang pengetahuan pada S : ibu mengatakan belum paham tentang sakit anaknya dan akan merawat dengan baik dirumah; O: keluarga belum dapat menyebutkan kembali pengertian, tanda dan gejala serta cara perawatan nantinya dirumah; A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan.

Hari ketiga tanggal 27 Mei 2019

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas pada ditemukan yaitu S : ibu mengatakan anaknya masih batuk sesekali; O: frekuensi napas : 22x/ menit, anak nampak batuk tapi tidak disertai lendir/ sputum, bunyi ronchi dan wheezing tidak ada, tidak ada pemakaian otot bantu napas;; A: masalah teratasi; P: intervensi tetap dilanjutkan dengan modifikasi pemberian fisioterapi dada dan anjuran banyak minum air hangat.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa kurang pengetahuan pada yaitu S : ibu mengatakan sudah paham tentang sakit anaknya dan akan merawat dengan baik dirumah; O: ibu dapat menyebutkan kembali pengertian, tanda dan gejala serta cara perawatan nantinya dirumah; A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa kecemasan anak pada yaitu : S: ibu mengatakan anaknya masih sering rewel; O: anak masih nampak rewel, susah diajak bermain; A : masalah belum teratasi; P: intervensi dilanjutkan.

3.2. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini penelitian akan membandingkan antara kasus dan teori, dengan aplikasi atau asuhan keperawatan pada An. M.S dengan kasus yang telah di lakukan sejak tanggal 25 – 27 Mei 2019. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian,diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada klien An. M.S pengkajian riwayat kesehatan didapatkan terdapat bunyi suara napas tambahan (*ronchi dan wheezing*), pernapasan 25 kali permenit. Irama napas cepat, An. M.S nampak sesak dan batuk berdahak. Gejala penyakit asma menurut PDPI (2004), penyakit asma

ditandai berupa batuk sesak napas, *wheezing* (*mengi*). Gejala biasanya timbul atau memburuk terutama malam atau dini hari. Gejala asma sering terjadi pada malam hari dan saat udara dingin, biasanya dimulai mendadak dengan gejala batuk dan rasa tertekan di dada, disertai dengan sesak napas (*dyspnea*) dan *mengi*.

Menurut (Price & Wilson, 2006), penyakit asma juga ditandai dengan akan timbul *mengi* yang merupakan ciri khas asma saat pasien memaksakan udara keluar. Biasanya juga diikuti batuk produktif dengan sputum berwarna keputih-putihan. Menurut Smeltzer (2010), ciri khas pada asma bronkial adalah terjadinya penyempitan bronkus, yang disebabkan oleh spasme atau kontriksi otot-otot polos bronkus, dan hipersekresi mukosa/ kelenjar bronkus.

Hasil analisa peneliti terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada pemeriksaan fisik teori terdapat bunyi suara napas *mengi* (*wheezing*), sedangkan pemeriksaan fisik yang di dapatkan peneliti pada kasus terdapat juga bunyi suara napas ronchi. *Wheezing* atau *mengi* merupakan salah satu ciri khas dari gejala asma. Hal ini diakibatkan oleh penyempitan saluran napas yang terjadi namun kondisi tertentu ronchi juga dapat terdengar pada serangan asma karena penumpukan sekret di jalan napas. Ibu anak M.S mengatakan faktor penyebab serangan asma terjadi jika ia merasa kedinginan atau terkena paparan debu, ketika serangan terjadi gejala lain yang di timbulkan yaitu pilek dan batuk berdahak. Faktor pencetus asma diperburuk oleh keadaan lingkungan seperti perubahan temperatur, terpapar bulu binatang, uap kimia, debu, serbuk, obat-obatan, olahraga berat, infeksi saluran napas, asap rokok dan stress. Menurut Sundaru (2008), pada awal serangan asma gejala tidak jelas seperti rasa berat di dada, pada asma alergik biasanya disertai pilek atau bersin. Meski pada mulanya batuk tidak disertai sekret, namun dalam perkembangannya pasien asma akan mengeluarkan sekret baik yang mukoid, putih dan terkadang puluren. Terdapat sebagian kecil pasien asma yang hanya mengalami gejala batuk tanpa disertai *mengi*.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan dimana perawat mempunyai lisensi dan kemampuan untuk mengatasinya (Potter & Perry, 2005). Peneliti menegakan diagnosa ketidak efektifan bersihan jalan napas sesuai dengan batasan kareteristik data yang diperoleh saat pengkajian pada An. M.S yaitu : suara napas tambahan, perubahan frekuensi napas, dispnea, batuk berdahak. Diagnosa keperawatan ini penulis prioritaskan karena pemenuhan kebutuhan oksigen adalah bagian penting dari kebutuhan fisiologis menurut Hierarki Maslow. Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ketidak mampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan kepatenan jalan napas (NANDA, 2015). Batasan karateristik ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ada suara napas tambahan, perubahan frekuensi napas, sianosis, penurunan bunyi napas, dispnea, sputum dalam jumlah berlebih dan batuk yang tidak efektif.

Dalam teori pada kasus asma dibuktikan diagnosa keperawatan utama yang muncul adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas (Muttaqin, 2008).

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dari hasil perkiraan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005). Penulis mencantumkan diagnosa ketidak efektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan mucus dalam jumlah berlebihan, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan 3 kali 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif, dalam teori juga disebutkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam bersihan jalan napas dapat kembali efektif (Muttaqin, 2008).

Intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan NIC yang sudah dirumuskan, akan tetapi perlakuan batuk efektif tidak dapat diberikan karena anak masih berumur 2 tahun sehingga belum bisa mengikuti arahan atau instruksi. Modifikasi intervensi lainnya adalah pemberian posisi semifowler untuk meningkatkan ekspansi paru, minum air hangat dan dilakukan fisioterapi dada. Menurut Muttaqin (2008) sekresi bergerak sesuai gaya gravitasi akibat perubahan posisi dan meningkatkan kepala, tempat tidur akan merendahkan isi perut menjadi diafragma sehingga meningkatkan diafragma berkontraksi. Intervensi ke empat kolaborasi pemberian obat (nebulizer) sesuai program terapi. Rasionalnya dengan pemberian obat dapat memudahkan pengeluaran sekeret di jalan napas dan memperlancar pernapasan. Obat *nebulizer* atau *combivent* merupakan obat terapi pada penyakit obstruksi saluran napas atau sumbatan, seperti penyakit paru-paru obstruksi kronik atau asma. Obat nebulizer ini bekerja dengan melebarkan saluran napas bawah (bronkus).

Menurut Natoatmodjo, (2003) pendidikan kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, dalam keperawatan pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien atau individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya, melalui kegiatan pembelajarannya, yang didalam perawat berperan sebagai perawat pendidik. Terapi bermain yang diberikan bertujuan untuk mengurangi kecemasan akibat hospitalisasi.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan criteria hasil yang di harapkan (Gordon, 2011). Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan

ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Carpenito, 2000).

Implementasi yang dilakukan pada hari pertama sesuai intervensi kecuali menganjurkan pasien batuk efektif, dimana tidak dilakukan karena pasien masih berumur 2 tahun sehingga belum bisa melakukan sesuai arahan. Tindakan yang bisa dilakukan adalah pemberian nebuliser dan pengobatan sebagai tindakan kolaborasi, fisioterapi dada yang bertujuan membantu merontokkan sekret di dinding alveoli. Pemberian *health education* tentang penyakit dengan cara menghindari faktor pencetus. Pendidikan kesehatan yang diberikan yaitu pengertian asma bronkial, tanda dan gejala asma bronkial, faktor pencetus asma bronkial, perawatan asma bronkial di rumah, cara pencegahan kekambuhan asma bronkial.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawatan selama 3 hari pasien dirawat di Ruang Kenanga. Untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berdasarkan evaluasi SOAP hari pertama dan kedua masalah belum teratasi, akan tetapi pada hari ketiga perawatan pasien tidak batuk lagi, ronchi dan wheezing tidak ada sehingga pasien diperbolehkan pulang dengan tetap konsumsi obat sampai habis di rumah.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa kurang pengetahuan orang tua pada hari ketiga perawatan masalah selesai setelah dilakukan pendidikan kesehatan mengenai masalah kesehatan anaknya dan cara perawatan di rumah sehingga mencegah terjadinya kekambuhan nantinya. Untuk masalah kecemasan pada anak sebagai dampak dirawat di rumah sakit belum teratasi karena usia yang masih balita anak takut dengan suasana yang baru, orang baru yang ditemui serta segala aktifitas rumah sakit yang merupakan pengalaman pertama anak. Terapi bermain diyakini mampu menghilangkan batasan, hambatan dalam diri, kecemasan, frustrasi serta mempunyai masalah emosi dengan tujuan mengubah tingkah laku anak

yang tidak sesuai menjadi tingkah laku yang diharapkan dan anak sering diajak bermain akan lebih kooperatif dan mudah diajak kerjasama ketika menjalani pengobatan.

3.3. Keterbatasan studi kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu:

1. Faktor orang atau manusia

Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja sehingga penulis tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin di dapatkan dari pasien yang lainnya dan efektifitas perawatan yang sudah diberikan.

2. Faktor waktu

Waktu rawat yang pendek 3 hari membuat penulis belum terbina hubungan baik dengan pasien yang merupakan balita usia 2 tahun sehingga terapi bermain belum optimal dilakukan selama anak dirawat.

BAB 4

PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

- 1 Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019 Pukul 08.00 WITA, pasien An. M. S dirawat di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan diagnosa medis asma bronchial ditandai dengan keluhan batuk, sesak napas, pada saat auskultasi ditemukan ronchi dan wheezing, orang tua merasa khawatir akan kondisi anaknya karena baru pertama kali dirawat di rumah sakit dan anak terlihat rewel, ketakutan akibat hospitalisasi.
- 2 Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah ketidakefektifan bersihan jalan berhubungan dengan peningkatan produksi mukus dan adanya eskudat dalam alveoli; kurang pengetahuan orang tua berhubungan dengan kurang terpapar terhadap informasi; cemas berhubungan dengan dampak hospitalisasi.
- 3 Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan panduan NANDA, 2015 diutamakan pada manajemen jalan napas yaitu beri posisi yang nyaman bagi pasien, lakukan fisioterapi dada, tingkatkan hidrasi yang adekuat, kolaborasi pemberian nebulizer dan obat-obatan.
- 4 Implementasi keperawatan yang dilakukan berdasarkan intervensi yang sudah disusun sebelumnya akan tetapi dari manajemen jalan napas yang tidak dapat dilakukan adalah melatih batuk efektif dikarenakan pasien masih balita usia 2 tahun sehingga belum bisa diajak kooperatif dalam intervensi tersebut.
- 5 Evaluasi keperawatan yang dilakukan ditemukan dari 3 (tiga) masalah keperawatan yang diangkat, 2 (dua) teratasi dan 1 (satu) belum teratasi dimana terapi bermain yang dilakukan belum optimal sedangkan pasien sudah dipulangkan.

- 6 Dokumentasi keperawatan dilakukan sesuai tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implelementasi dan evaluasi keperawatan.

4.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas , maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

- 1 Bagi masyarakat

Diharapkan agar masyarakat meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan penyakit asma bronkial khususnya dalam penanganan dirumah untuk meminimalkan kekambuhan dengan mengontrol faktor pencetus terjadinya asma.

- 2 Bagi Tenaga Kesehatan

Khususnya perawat di ruang perawatan anak diharapkan selalu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dengan mengikuti pelatihan atau pendidikan berkelanjutan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Register Ranap Anak 2019 RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- Carpenito, 2000. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan (terjemahan)*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Depkes, RI.(2008).*Pedoman Pengendalian Penyakit Asma*. Jakarta: Direktorat pengendalian penyakit tidak menular Kemenkes RI.
- Gordon, A. M. & Browne, K. W. (2011). *Beginning and beyond: Foundation in early childhood education, eight edition*. Belmont, U.S.A: Wadsworth.
- Global Initiative in Asthma (GINA, 2011). *Pocket Guide For Asthma Management And Prevension In Children*. Di akses melalui www.Ginaasthma.org. Tanggal 02 Juni 2019
- Ikawati, Z., 2006, *Farmakoterapi Penyakit Sistem Pernafasan*. 43-60, Laboratorium Farmakoterapi dan Farmasi Klinik Bagian Farmakologi dan Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Katzung, B.G., 2001, *Farmakologi Dasar dan Klinik*, Edisi I, 583-612, Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Kedokteran Airlangga, Surabaya.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2018. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
- Marni, 2014. Asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pernapasan. Jogjakarta : Gosyen.
- Mulyaman. I. (2008). *Terapi Bermain untuk Mengurangi Tingkat Kecemasan Akibat hospitalissai pada Anak Usia Sekolah*. <http://blognurse.blogspot.com.com/2008/12/terapi-bermainuntukmengurangi-tingkat.html>. Diunduh 02 Juni 2019.
- Muchid, A., Wurjanti, R., Chusun dan Komar, Z. 2007, *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Asma*. Diakses 02 Juni 2019 dari Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Depkes RI : <http://125.160.75.194/bidang/yanmed/farmasi/Pharmaceutical/ASMA.pdf>
- Muttaqin, A. 2008. Asuhan keperawatan anak dengan gangguan sistem pernapasan. Jakarta: Salemba Medika.

- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurarif, A. H, & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdesakan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc* Jilid 1. Jogjakarta. Mediaction Jogja.
- Pusat Data & Informasi Infodat. (2013). *You Can Control Asma*. (p. 2-4). Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. Retrived 01 Juni , 2019. <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-asma.pdf>.
- Potter PA & Perry AG. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik* Edisi 4, Jakarta: EGC.
- Price, Sylvia. A. & Willson, Lorrains M. (2006). *Patofisiologi dan Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- PDPI (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia). 2004. *Asma dan Pedoman Pentalaksanaan di Indonesia*. Jakarta: Balai penerbit FKUI
- Rengganis, I, 2008, *Diagnosis dan Tatalaksana Asma Bronkial*, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.
- Sundaru. 2008. *Penyebab dan Faktor Pencetus Serangan Asma*. (online) (http://medicastore.com/asma/penyebab_dan_faktor_pencetus_asma.php, diakses pada 03 Juni 2019).
- Sundaru, H., 2001, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi III, Gaya Baru, Jakarta
- Somantri, I. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Klien Gangguan Sistem Pernapasan* Jakarta : Salemba Medika.
- Smeltzer & Bare. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medika Bedah*. Jakarta : EGC
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatric*. Jakarta: EGC

Lampiran 1. Pengkajian

Lampiran 2. SAP dan Leaflet

Lampiran 3. Lembar konsultasi



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG

Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp/ Fax : (0380) 881045

FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Mathelda P Sesfao.

NIM : .PO. 530320116361

Tempat Praktek : Ruang Kenanga

Tanggal Pengkajian : 25 Mei 2019

-

I. IDENTITAS KLIEN

NO. MR : 513412

Nama Klien (inisial) : An. M.S

Nama orangtua : Tn. K.S

Jenis Kelamin : P

Alamat : Semau

Tanggal lahir : 25 Januari 2019

Diagnosa Medis : asma bronchial

Tanggal masuk : 24 Mei 2019

Tanggal Pengkajian : 25 Mei 2019

II. KELUHAN UTAMA : Batuk dan Sesak napas

Keadaan umum : ☐ sakit ringan ☒ sakit sedang ☐ sakit berat GCS : E4 V5 M6

Kesadaran : ☒ CM ☐ Apatis ☐ Sopor ☐ Somnolen ☐ Coma

Tanda Vital

Suhu 37°C

Nadi : 112 x/mnt

Pernapasan 32 x/mt

Tekanan darah : - mmHg

III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN :

✓ Prenatal

Tempat pemeriksaan kehamilan : Puskesmas Utao

Frekuensi pemeriksaan kehamilan : 1 bulan 1x

Sakit yang diderita/ keluhan : mual, muntah

✓ Intranatal

Tempat persalinan : puskesmas

Tenaga Penolong : bidan

Jenis Persalinan : ☒ spontan ☐ SC ☐ Forcep ☐

Induksi

Usia kehamilan : 66 .minggu Berat badan lahir : 2800 gram

Apgar score : tidak tahu Panjang badan lahir : 50 cm

Menangis : ☒ ya ☐ tidak, Jaundice : ☐ ya ☒ tidak

✓ Postnatal

Lama mendapat ASI : 2 tahun

ASI eksklusif : ☐ ya ☒ tidak

Usia mendapatkan MP-ASI : .4 bulan

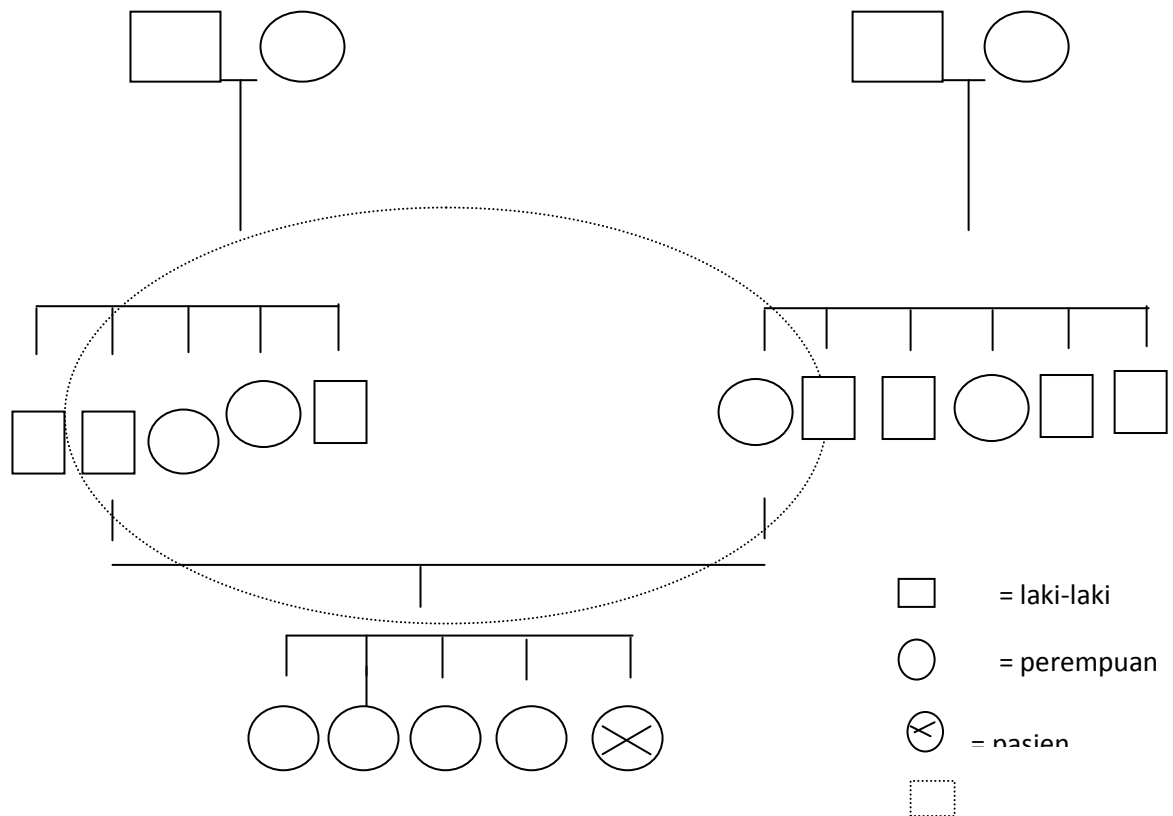
IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Penyakit waktu kecil : batuk, pilek
2. Pernah dirawat di RS : tidak
3. Obat-obatan yang digunakan : -
4. Tindakan (operasi) : -
5. Alergi : ☒ tidak ☐ ya,
sebutkan.....
6. Kecelakaan : .-

7. Imunisasi dasar

: Hepatitis : √ I √ II √ III BCG : √
 DPT : √ I √ II √ III Campak : √
 Polio : √ I √ II √ III √ IV

V. RIWAYAT KELUARGA (DISERTAI GENORAM)



VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Orang yang mengasuh : orang tua kandung
2. Hubungan dengan anggota keluarga : baik
3. Hubungan anak dengan teman sebaya : baik
4. Pembawaan secara umum : periang
5. Lingkungan rumah : bersih, lantai rumah dari semen

VII. KEBUTUHAN DASAR

1. Nutrisi

Makanan yang disukai/ tidak disukai : semua makanan disukai

Selera : selera makan baik, bisa menghabiskan 1 porsi makan, selama sakit tidak ada perubahan

Alat makan yang digunakan : piring/sendok

Pola makan/ jam : 4x sehari setiap 3 jam

2. Istirahat dan tidur

Pola tidur : baik, 2x sehari

Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dll) nonton film Upin Ipin

Jam tidur siang dan lama tidur : jam 12 – 13 00 (1 jam)

Jam tidur malam dan lama tidur : jam 20.00 – 08.00

3. Personal hygiene

Mandi : 2 x sehari Keramas : setiap mandi

Sikat gigi : 1x sehari Gunting kuku : jarang

4. Aktivitas bermain : bermain boneka

5. Eliminasi (urine dan bowel) : masih dibantu

VIII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Tindakan operasi : tidak pernah

2. Status nutrisi : gizi baik

3. Status cairan : baik

4. Obat yang didapat : ventolin, ambroxol

5. Aktivitas : seperti biasa, maen boneka

6. Pemeriksaan Penunjang, meliputi :

a. Laboratorium (tgl/jam) : terakhir diperiksa tgl 24 Mei 2019 Hb: 11,2 g/dL, Ht, 34,2 %

7. Dampak hospitalisasi : anak rewel, ketakutan lihat org baru

IX. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : Anak saking sedang

2. Tinggi Badan : 80 cm Berat badan saat ini : 9 Kg BB sebelum sakit : 8,9 Kg Status Gizi : normal

3. Kepala :

Lingkar kepala : 47 cm Hidrosefalus : ☐ ya ☒ tidak

Ubun-ubun anterior : tertutup

Ubun ubun posterior : tertutup

4. Leher : kaku kuduk : ☐ ya ☒ tidak
Pembesaran limfe : ☐ ya ☒ tidak
5. Mata :
Konjuktiva : ☐ anemis ☒ merah muda
Sklera : ☒ putih ☐ ikterik ☐ kemerahan
6. Telinga : ☒ bersih ☐ kotor Simetris : ☐ ya ☐ tidak
Gangguan pendengaran: ☐ ya ☒ tidak
Sekresi/ serumen : ☐ ya ☒ tidak Nyeri : ☐ ya ☒ tidak
7. Hidung : Hidung : sekret ☐ ya ☒ tidak
8. Mulut : Mukosa : ☒ lembab ☐ kering ☐ kotor ☐ sariawan
Lidah : ☒ lembab ☐ kering ☐ kotor ☐ jamur
Gigi : ☒ bersih ☐ kotor ☐ karies
9. Dada : simetris, Lingkar dada :46 cm
10. Jantung : normal , tidak ada suara tambahan
11. Paru – paru : terdengar bunyi ronchi dan wheezing
12. Abdomen : ☒ lembek ☐ kembung ☐ tegang
Bising usus : ☒ ya ☐ tidak Frekuensi :32x/mnt
Mual : ☐ ya ☒ tidak
Muntah : ☒ tdk ☐ ya, frekuensi-.....x
13. Genitalia : Perempuan : Vagina : ☒ bersih ☐ kotor
Menstruasi : ☐ ya ☐ tidak
Pemasangan kateter : ☐ ya ☒ tidak
Laki-laki : Preputium : ☐ bersih ☐ tidak ☐ Phimosi
Hipospadia : ☐ ya ☐ tidak
Skrotum : Testis kanan/kiri ☐ ya ☐ tidak
Pemasangan kateter : ☐ ya ☐ tidak
Sirkumsisi : ☐ ya ☐ tidak
14. Anus : normal
15. Ekstremitas : Pergerakan sendi : ☒ bebas ☐ terbatas ☐ Lain-lain
.....
Berjalan : ☒ normal ☐ tidak normal
Kekuatan otot : ☒ normal ☐ tidak normal
Fraktur : ☐ ya ☒ tidak
Ketrampilan motorik : ☒ baik ☐ tidak

X. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN (Gunakan KPSP)

- 1) Sosialisasi dan Kemandirian : anak dapat makan dan minum sendiri
- 2) Motorik kasar : berdiri dan berjalan naik turun tempat tidur
- 3) Motorik halus : baik
- 4) Kemampuan Bicara dan Bahasa : bisa mengucapkan beberapa kata dan kalimat dengan menggunakan bahasa indonesia

Kesimpulan : ☒ Sesuai usia ☐ Meragukan ☐ Penyimpangan

Intervensi yang diberikan :

1. Beri pujian pada ibu
2. Lanjutkan pola asuh
3. Lanjutkan stimulasi sesuai usia anak
4. Ikutkan anak diposyandu setiap bulan

XI. INFORMASI LAIN

1. Pengetahuan orang tua : orang tua belum tahu tentang sakit anaknya karena ini baru pertama kali dirawat dengan asma bronchial
2. Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya : cemas, khawatir

Kupang, 25 Mei 2019

Yang Mengkaji

(Mathelda P. Sesfao)
NIM. PO. 530320116361

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

| | |
|--------------|---|
| Topik | : Perawatan Asma Bronkial di Rumah |
| Sub topik | : Asma Bronkial |
| Sasaran | : Orang tua anak MS |
| Tempat | : Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. Dr. W.Z.Johannes |
| Hari/Tanggal | : Sernin, 27 Mei 2019 |
| Waktu | : 1 x pertemuan (45 menit) |

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan tentang perawatan asma di rumah, maka diharapkan keluarga mampu memahami tentang penyakit asma dan melakukan perawatan asma di rumah.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 1 x 45 menit diharapkan:

1. Dapat menyebutkan pengertian, tanda dan gejala dan penyebab penyakit asma bronkial.
2. Dapat menyebutkan faktor pencetus asma bronkial.
3. Dapat menyebutkan pertolongan pertama bagi penderita asma bronkial.
4. Dapat menyebutkan cara pencegahan kekambuhan penyakit asma bronkial

C. Sasaran

Keluarga anak M.S

Lampiran 6 : Satuan Acara Penyuluhan

D. Materi

1. Pengertian, asma bronchial
2. Tanda dan gejala asma bronkial
3. Faktor pencetus asma bronkial
4. Perawatan asma bronkial di rumah
5. Cara pencegahan kekambuhan asma bronkial
6. Cara pernafasan yang benar

E. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

F. Media

Lembar balik asma bronkial

G. Kegiatan Penyuluhan

| Waktu | Kegiatan Penyuluh | Kegiatan Peserta |
|----------|--|---|
| 5 menit | Pembukaan : 1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan | Menjawab salam Mendengarkan Memperhatikan Memperhatikan |
| 20 menit | Pelaksanaan : 1. Menjelaskan pengertian asma bronkial 2. Menjelaskan tanda dan gejala asma bronkial 3. Menjelaskan faktor pencetus asma 4. Menjelaskan tentang perawatan asma di rumah 5. Menjelaskan pencegahan asma bronkial 6. Memberi kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya 7. Menjawab pertanyaan yang belum dimengerti oleh klien dan keluarga | Memperhatikan penjelasan Memperhatikan dan memberikan pertanyaan |

| | | |
|----------|---|--------------------------------|
| 15 menit | Evaluasi : · Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan, dan reinforcement kepada klien yang dapat menjawab pertanyaan. Menjawab pertanyaan | |
| 5 menit | Terminasi : Menyimpulkan materi yang telah disampaikan · Mengucapkan terimakasih atas peran serta peserta. · Mengucapkan salam penutup | Mendengarkan Menjawab salam |

MATERI PENYULUHAN ASMA BRONKIAL

A. Pengertian

Asma bronkial adalah penyakit kronik saluran nafas yang ditandai oleh hiperaktivitas bronkus, yaitu kepekaan saluran nafas terhadap berbagai rangsangan. yang ditandai dengan gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak nafas dan rasa berat di dada terutama pada malam atau dini hari yang umumnya bersifat reversible baik dengan atau tanpa pengobatan.

B. Penyebab/Faktor Pencetus

1. Debu rumah
2. Bulu-bulu binatang
3. Asap rokok/ asap pabrik atau kendaraan
4. Infeksi saluran pernafasan
5. Kegiatan yang berlebihan (capek dan kelelahan)
6. Obat-obatan
7. Makanan dan minuman tertentu
8. Udara dingin
9. Stress dan emosi yang berlebihan

C. Tanda dan gejala

Gejala yang timbul biasanya berhubungan dengan beratnya derajat hiperaktivitas bronkus. Obstruksi jalan nafas dapat reversible secara spontan maupun dengan pengobatan. Gejala-gejala asma antara lain :

1. Bising atau mengi (*wheezing*)
2. Nafas berat yang berbunyi “ngik-ngik”

Lampiran 6 : Satuan Acara Penyuluhan

3. Batuk produktif
4. Nafas pendek tersengal-sengal
5. Dada terasa sesak

Gejala yang berat adalah keadaan gawat darurat yang mengancam jiwa. Yang termasuk gejala yang berat adalah:

1. Serangan batuk yang hebat
2. Sesak napas yang berat dan tersengal-sengal
3. Sianosis (kulit kebiruan, yang dimulai dari sekitar mulut)
4. Sulit tidur dan posisi tidur yang nyaman adalah dalam keadaan duduk
5. Kesadaran menurun (Kemenkes RI, 2007)

D. Perawatan di rumah

1. Jauhkan dari faktor pencetus
2. Sirkulasi lingkungan rumah baik
3. Melatih pernafasan
4. Batasi aktifitas
5. Kenakan baju hangat dan tebal bila cuaca dingin

E. Cara pencegahan Kekambuhan asma

1. Hindari faktor pencetus
2. Bina suasana harmonis dalam keluarga
3. Batasi aktivitas berat pada penderita asma bronkial
4. Mengenal gejala awal serangan Asma bronkial dan selalu tersedia obat.

Lampiran 6 : Satuan Acara Penyuluhan

F. Evaluasi

Materi penilaian/test :

1. Sebutkan pengertian asma ?
2. Sebutkan tanda dan gejala asma ?
3. Sebutkan faktor pencetus asma ?
4. Peragakan cara perawatan asma di rumah ?

Lembar Konsultasi

Nama Dosen : O. Diana Suek, SKep, Ns., MKep, SpKepAn
 NIP : 197812152000122002

| No | Hari/Tanggal | Materi Konsul | Masukan Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|---------------------|-------------------------------------|--|--------------|
| 1. | Sabtu, 25 Mei 2019 | Bab 1 | ✓ Tambahkan data pendukung spt data riskesdas 2013,2018 data register penyakit asma yang dirawat diruang anak | |
| 2 | Senin, 27 Mei 2019 | Bab 1 dan Bab 2 (sebagian) | ✓ Bab 1 tambahkan peran perawat dalam perawatan pasien selama dirawat | |
| 3 | Rabu, 29 Mei 2019 | Bab 1, 2 dan pengkajian pada pasien | ✓ Bab 1 : Acc ✓ Bab 2 : perbaiki sesuai saran, sumber harus jelas, penulisan dalam tabel menggunakan font 10, spasi 1/ single ✓ Pengkajian dilengkapi data fokus pada penyakit harus jelas | |
| 4 | Jumat, 31 Mei 2019 | Bab 2, 3, pengkajian pada pasien | ✓ Bab 2 acc ✓ Bab 3 untuk kasus dinarasikan saja, isian lengkap pada format pengkajian dilampirkan | |
| 5 | Senin, 03 Mei 2019 | Bab 3 dan 4 | ✓ Bab 3 perbaiki kerapian penulisan, pembahasan ditambahkan opini penulis dan sumber yang jelas | |
| 6 | Selasa, 04 Mei 2019 | Bab 3 dan 4 | ✓ Bab 3 acc ✓ Bab 4 pada kesimpulan merujuk pada tujuan khusus, saran harus lebih operasional yang bisa diterapkan | |
| 7 | Senin, 10 Mei 2019 | Bab 4, daftar pustaka, lampiran | ✓ Bab 4 sudah baik, daftar pustaka penulisan mengikuti panduan APA, urutan abjad diperhatikan ✓ Lampiran dilengkapi sesuai saran | |
| 8 | Selasa, 11 Mei 2019 | Bab 1 – 4, laampiran | ✓ ACC siap ujian di Rabu, 12 Mei 2019 | |

